

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
Jonas Alexandrino Escórcio, Buriti dos Lopes-PI**

Lilian Salazar Guerrero

Pelotas, 2015

Lilian Salazar Guerrero

**Melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
Jonas Alexandrino Escórcio, Buriti dos Lopes-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Estela Maris Rossato

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G934m Guerrero, Lilian Salazar

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Jonas Alexandrino Escórcio, Buriti dos Lopes-PI / Lilian Salazar Guerrero; Estela Maris Rossato, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Rossato, Estela Maris, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe, minhas filhas e meu esposo os quais estão sempre presente na minha vida e constituem a razão de tudo o que eu faço.

Agradecemos a colaboração dos profissionais da minha equipe de saúde da família da UBS Jonas Alexandrino Escorcio de Barra de Longa e a comunidade envolvida na execução da intervenção. A minha orientadora pela dedicação na elaboração deste trabalho, pela transmissão do conhecimento e pelo profissionalismo. A Universidade Federal de Pelotas, ao Programa de pós-graduação em Especialização em Saúde da Família, pela proposição e apoio a este trabalho e a todos os que de uma maneira ou outra contribuíram na realização deste trabalho.

Resumo

SALAZAR, Lilian. **Melhoria da atenção a Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, Buriti Dos Lopes/PI. 2015.** 71 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A correlação entre hipertensão e diabetes é bem estreita. Decidimos fazer este trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família motivado pela prevalência, morbidade e mortalidade da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na comunidade de Barra de Longa, Município Buriti Dos Lopes/PI. Este trabalho de intervenção na atenção primária à saúde foi realizado ao longo de doze semanas, e no qual traçamos como objetivo melhorar a atenção da saúde das pessoas diabéticas e hipertensas na UBS. Quatro eixos programáticos fundamentaram as ações e atividades: monitoramento e avaliação, organização e gestão, engajamento público e qualificação da prática clínica. O planejamento do trabalho permitiu traçar objetivos específicos, metas e indicadores que permitiram o monitoramento e avaliação da intervenção. Para iniciar essa intervenção foi necessário fazer a capacitação da equipe de saúde da família segundo os protocolos do Ministério da Saúde, que guiam a conduta da equipe e a organização do serviço. Através da Planilha de Coleta de dados e ficha espelho mantivemos um bom controle e cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como a organização de nosso trabalho de projeto. No começo dos trabalhos identificamos o desconhecimento que tem a população acerca do controle das doenças, pois achavam que os problemas de saúde poderiam ser resolvidos somente com a intervenção dos profissionais da saúde ou com o uso de medicamentos. É importante que as pessoas percebam o papel da eliminação ou diminuição dos fatores de risco, com o simples ato de mudar alguns hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde. Com as atividades realizadas conseguimos obter ao final da intervenção resultados positivos consideráveis. Na UBS com a intervenção se conquistou uma melhor organização dos registros, com boas práticas de avaliação integral, alcançando-se uma evidente melhora da qualidade da atenção destes usuários de forma geral, através da realização da avaliação integral destacando o risco cardiovascular, e algumas complicações. A Equipe da Saúde da Família acompanhou 62,1% (n=200) dos 322 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS e 97,5%(n=77) dos 79 diabéticos. Com relação a realizar exame clínico apropriado, exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia popular, atingimos 100% (n=200) para os usuários hipertensos e 100% (n=77) para os diabéticos. Também a avaliação do risco cardiovascular foi realizada em todos os usuários cadastrados, e todos receberam orientações de promoção de estilo de vida saudável. O impacto da intervenção foi muito relevante para nossa equipe, conseguimos melhorar os serviços para a população. Foi possível incorporar as ações desta ação programática na rotina da equipe. Para a comunidade foi também importante, pois conseguimos melhorar a inter-relação com os líderes da comunidade, gestores e equipe de saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

- | | | |
|-----------|---|----|
| Figura 01 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, município Buriti dos Lopes/PI, 2015. | 47 |
| Figura 02 | Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, município Buriti dos Lopes PI, 2015. | 47 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno da Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSL	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCCU	Prevenção de Câncer de Colo de Útero
SF	Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	62
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	71
Referências	73
Anexos.....	74

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão de Curso faz parte das atividades educativas do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Com a realização da análise situacional e estratégica da área, coletamos e organizamos dados epidemiológicos, oferta e organização dos serviços da UBS, que foram utilizados como base para a escolha do tema de intervenção, sistematizando-os em nosso serviço.

Também, este trabalho de conclusão do curso de Especialização na Saúde da Família trata da melhoria da qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na atenção primária à saúde na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, município Buriti dos Lopes, no estado do Piauí, e está organizado em sete capítulos.

No primeiro capítulo trata-se sobre a análise situacional da UBS, cujo relatório aponta a forma de funcionamento e a estrutura da UBS o processo de trabalho e a implementação das ações programáticas nos diferentes grupos de atenção.

O segundo capítulo faz a análise estratégica, com a justificativa da escolha do foco da intervenção e estabelecendo objetivos, metas, ações, indicadores, logística e cronograma, formando em conjunto o Projeto de Intervenção.

No terceiro capítulo trata-se o relatório da intervenção, discorrendo sobre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as dificuldades e facilidades encontradas, além daquelas que não foram desenvolvidas ou foram parcialmente desenvolvidas. Também se fez análise da viabilidade de incorporação

das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados.

O quarto capítulo trata da avaliação da intervenção. São descritos os indicadores alcançados, discutidos os resultados e os fatores que contribuíram para o desfecho observado.

Os capítulos quinto e sexto trazem respectivamente os documentos redigidos como relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, objetivo importante para a realização de nosso trabalho.

Com o sétimo e último capítulo apresenta-se uma reflexão crítica do processo de aprendizagem ao longo do curso, permitiu aprofundar os conhecimentos acerca da Estratégia em Saúde da Família (ESF) partindo das expectativas iniciais e culminando com o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes e sua importância. Não tenho ilustrações de apêndice.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

É muito importante o conhecimento das condições da UBS já que assim podemos fazer uma análise muito mais profunda das principais dificuldades que podem influenciar em nosso trabalho como profissionais e para os usuários que precisam de nosso atendimento.

Eu sou a médica da comunidade de Barra do Longa com uma população de 2114 habitantes com atendimento em uma casa adaptada, já que ainda não temos UBS adequada para uma melhor atenção. O nome de minha UBS é Jonas Alexandrino Escorcio.

Minha situação como médica, apesar das dificuldades, é muito boa. A estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi uma ótima idéia, já que eles ficam comprometidos com as atividades comunitárias nas moradias. Eles fazem um bom trabalho de excelência com as informações dos usuários no dia a dia.

A comunidade é muito pobre, com muitos problemas sociais, com 5micro áreas sem zonas rurais, não temos população indígena, quilombos, nem população privada de liberdade. Temos população em assentamento. Existe conselho local de saúde, tem uma equipe de saúde com uma enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 6 ACS, um odontólogo, 1 auxiliar de odontologia. Na UBS enfrentamos muitas dificuldades, com estrutura física inadequada, falta espaço para realização de atendimento na atenção básica, não existe espaço físico adequado para fazer curativos, reuniões, preventivo de câncer do colo de útero (PCCU), e atendimento odontológico.

Falta renovação da mobília, temos uma sala de recepção, um consultório médico sem banheiro, não há sala de vacinas, de nebulização, de curativo, nem esterilização. Temos uma cozinha com um refeitório pequeno.

Com respeito a estrutura para usuários com limitações físicas e visuais, não é boa já que não tem rampa para entrada e saída das pessoas em cadeiras de roda e para carros e ambulância. Acho que essas dificuldades devem ser resolvidas de maneira que as pessoas com limitações físicas, visuais e cadeirantes tenham as mesmas possibilidades de acesso a UBS. Temos uma carga horária de 40 horas de trabalho incluindo 8 horas de especialização. Eu faço consultas medicas e, com minha equipe, visitas domiciliares casa a casa uma vez por semana atualizando o cadastro e conhecendo a família no contexto onde mora, incluindo a consultas a domicilio a usuários acamados com condições especiais. Além disso, se atende as demandas dos usuários, intercalando os agendados com demanda espontânea. Não atendemos urgências médicas, temos programadas consultas de Pré-Natal nas terça feiras.

Em minha UBS adaptada o acolhimento é bom, e realizado por toda nossa equipe de saúde para a comunidade, apesar das dificuldades que apresentamos. Temos 8 horas do trabalho diárias, cada um com funções específicas: enfermeiras ou técnicas com agendamentos das consultas dos usuários com doenças crônicas fazem verificação de sinais vitais como pressão arterial, temperatura, peso e altura; fazem também teste de glicose capilar em diabéticos ou no rastreamento. No pré-natal a enfermeira faz acolhimento às grávidas, eu faço consultas medicas e escrevo no prontuário nas gestantes.

As reuniões da equipe de saúde são feitas semanalmente as quintas feiras depois do trabalho. Eu fico feliz, e tendo em conta as dificuldades, finalmente encontrei uma equipe com desejos de trabalhar, unida, organizada e muito comprometida com o trabalho. Tenho duas semanas de trabalho nesta UBS e fico sentindo um grau de compromisso com a população e equipe que não tinha médico e assim oferecer satisfação a população doente e que geralmente vai procurando um melhor atendimento e acolhimento de forma ativa, proativa e satisfatória. Acho que agora sim posso trabalhar da melhor maneira possível como médica da comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Buriti dos Lopes foi fundado em 4 de setembro de 1933 e localiza-se a uma latitude 03°10'30" sul e a uma longitude 41°52'01" oeste, estando a uma altitude de 50 metros. Sua população estimada é 2214 habitantes. Possui uma área de 526,66 quilômetros, e distancia até a capital de 302 quilômetros.

Os municípios limítrofes são ao noroeste: Araiose (MA), norte: Araiose (MA e Parnaíba), nordeste: Bom Princípio do PI, oeste: Araiose (MA e Murici dos Portelas), sudeste: Caxingo, Sul: Caraubas do PI, leste: Bom princípio do PI, e Cocal, sudeste: Cocal.

Temos um total de 7 Microrregiões, delas 5 são zona rural, 2 zonas urbanas, havendo 7 equipes de saúde. Minha UBS fica em uma microrregião rural chamada Barra do Longa, seu nome é Jonas Alexandrino Escorcio. Caracteriza-se por estar sendo remodelada, pois é uma casa adaptada. Temos disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicóloga e fisioterapeuta. Também temos disponibilidade de centro de atenção odontológica (CEO), temos também atenção especializada no município próximo chamado Parnaíba, e de outros especialistas como angiologia, cirurgia geral, dermatologista, ginecologia e ortopedista.

Temos também em nosso município o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com uma psiquiatra. Minha UBS tem vínculo com o sistema único de saúde (SUS). Não temos vínculos com as instituições de ensino, temos um modelo de atenção de ESF, uma equipe de saúde com 11 profissionais, 1 médico geral integral, 1 enfermeira, 1 técnica enfermagem, 6 ACS, 1 odontólogo, 1 técnica de saúde bucal. Também trabalhamos com 1 nutricionista 1 psicóloga 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, que são para todo município de Buriti. A população da área de abrangência da UBS é de 2.114 usuários e 525 famílias.

A boa estrutura de uma UBS é muito importante para o trabalho, além de conhecer a instrumentação, materiais, insumos e medicação para oferecer um bom atendimento para usuários.

A UBS pertence a zona rural de Buriti dos Lopes, Região litorânea do Piauí. Não temos disponibilidade suficiente dos equipamentos e instrumentos necessários

para nosso trabalho e ainda temos alguns insuficientes como antropômetro, balanças de adultos, temos ausência de negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio. Esses equipamentos são muito importantes para avaliação dos usuários em dependência das doenças apresentadas em consultas ou em seguimentos, não somente em consultas médicas, também odontologia e enfermagem.

O atendimento odontológico na UBS é feito mediante palestras educativas na comunidade com atenção a usuários diabéticos, hipertensos fundamentalmente, já que estão dentro os grupos de maior risco, ademais das crianças, grávidas e idosos, são palestras de promoção e prevenção de saúde como a boa técnica de escovar os dentes, prevenção das cáries dentais sobre tudo nas escolhas com as crianças e também aplicação de flúor. O atendimento odontológico é feito na cidade de Buriti já que não temos local de atendimento para fazer esta atividade, são feitos na Unidade de Pronto Socorro. Com a edificação de nossa UBS estará pronta o serviço odontológico para comunidade.

Precisamos também de um consultório medico com todas as condições necessárias, com a presença de um negatoscópio para avaliar Raios x dos usuários, adultos e crianças. Também se precisa de uma boa mesa de exame físico para avaliar os usuários segundo suas doenças, assim como mesa ginecológica adequado para exames preventivos das mulheres. Não temos um bom armário para colocar instrumentais apesar de que não fazemos procedimentos de rotina nem urgências já que não temos condições na UBS. Todas as dificuldades mencionadas impossibilitam um bom desenvolvimento em nosso trabalho, pela razão do que os usuários tem que ser trasladados para outro local, sendo isto um incômodo a população.

Não temos um serviço de manutenção, e para que as equipes fiquem com ótimas condições, é necessário manter revisão de calibragem de esfigmomanômetro, das balanças e outros. Não temos computador para o processamento das informações e para preencher os dados da população e manter atualizado o cadastramento das famílias para análise da situação da saúde segundo características sociais, econômicas e culturais, demográficas e epidemiológicas do território .

Os medicamentos da UBS são armazenados em armário que não tem condições específicas para o armazenamento, como boa ventilação e organização.

A UBS precisa de um armário ou vitrina com medidas correspondentes, e não temos podido ter os medicamentos homeopáticos, fitoterápicos. As vacinas ficam na farmácia central e todos os dias a enfermeira segundo suas necessidades faz pedido já que não tem condições para que fique na UBS, como por exemplo, se precisa de uma geladeira e sala ventilada. Os exames complementares são realizados e processados no laboratório central de Buriti com resultados em menos de 30 dias. Seria um sucesso muito importante se tivéssemos a disponibilidade para realização dos exames perto da UBS.

Até agora eu não tenho participação de atividades de qualificação profissional já que tenho pouco tempo no município. Em atividades de saúde fora da UBS são feitas palestras de aleitamento materno, atenção às grávidas, crianças, realizamos ações de promoção com os grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, saúde bucal onde damos explicação do tratamento das mesmas e eliminação dos fatores de risco. Também a assistente social e a psicóloga participam com nós nestas atividades. A odontólogo e a técnica em saúde bucal fazem nas escolas o trabalho de prevenção de doença bucal. Quando um acamado precisa de nossa atenção fazemos visita domiciliar e damos-lhes atenção e orientação de acordo com a sua doença. Nós priorizamos os grupos de risco como idosos, deficiências visuais ou motoras e com doenças que são de extrema urgência. Os ACS tem um planejamento de visitas por zonas e os casos que precisem atendimento na UBS são citados para atendimentos nas consultas. Fazemos também visitas aos usuários faltosos a consultas programadas e explicamos a eles e a sua família a importância do seguimento segundo a doença apresentada, assim como as vantagens que tem examinar-se na UBS tendo em conta que no domicílio não temos as condições que precisamos.

Também fazemos busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória como hanseníase, tuberculose, dengue e cólera em zonas de risco de nossa comunidade. Nossa equipe reúne-se mensalmente e fazemos o planejamento das ações, organização do processo de trabalho, análise dos indicadores e informações em saúde. Ainda não é possível fazer a discussão dos casos, já que precisamos de fatores externos para fazer a mesma. Uma das coisas que tem influencia negativa em nosso trabalho é que a UBS não tem as condições necessárias para fazer atividades educativas porque o espaço físico é muito pequeno.

Todo usuário que chega à UBS deve ser bem acolhido pelos profissionais de equipe de nossa área, desde recepcionista, a qual é a primeira pessoa que oferece informação segundo a necessidade que este apresenta.

Também é preciso detalhar que não só deve ser acolhido, também aquele usuário que vem a UBS por uma demanda específica. Temos o protocolo de atendimento do usuário que demanda resposta para o problema de saúde onde se avalia segundo seu problema.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas a equipe tem uma estimativa de 32 (100%) crianças menores de um ano residentes na área de abrangência. Destas 32 crianças, temos 32 (100%) com consulta em dia de acordo com protocolo do Ministério de Saúde, as 32 (100%) crianças tinham atraso da consulta agendada em menos de 7 dias. Das 32 crianças só 8 (25%) realizaram o teste do pezinho antes dos sete dias. Em relação à triagem auditivo 25 (78.1%) crianças fizeram a triagem, 28 (87.5%) crianças foram feitas a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida.

Na UBS realiza-se atendimento das crianças de 0 até 72 meses (0 até 6 anos) com dois dias de atendimento na semana em nossa área de cobertura com atendimento de Puericultura. Participa médico e enfermeira, também o técnico de enfermagem na consulta com as crianças. Depois da consulta, agenda-se a próxima. Muitas vezes temos atendimento de crianças de zero até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos, não temos protocolo de atendimento de puericultura, e realizam-se ações que são desenvolvidas por diagnóstico e tratamento de clínicos em geral. Temos sérios problemas com atendimento odontológico já que o odontólogo não trabalha na UBS, o qual dificulta um melhor atendimento e controle da população. Nós fazemos a identificação das crianças de alto risco por grau de vulnerabilidade biológico-social da família. As crianças são registradas por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e ACS com prontuários ou outros registros como vacinas. Também com a finalidade de conhecer as crianças faltosas, verificamos a completude dos registros, identificamos procedimentos em atrasos, crianças de riscos, coisa muito importante para os profissionais. Também identificamos em cada consulta a curva de peso de crescimento, e a alimentação. Temos programa de Bolsa família do Ministério de Saúde (MS), em que se realizam atividades com os grupos de mães das crianças na UBS pelo enfermeiro, médico e ACS, e também fazemos planejamento e gestão de

coordenação do programa de forma mensal e discutimos isso mediante registro específico de Puericultura.

Em relação ao Pré-Natal os atendimentos são realizados de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde, segundo ao Caderno de Ações Programáticas nossa área tem um número estimado de 31.71 e a equipe atualmente acompanha 12 (38%) gestantes. Em relação aos indicadores de qualidades a maioria foram com resultados de 100%, só na avaliação de saúde bucal 5 (41.6%) gestantes foram avaliadas.

Temos 1 dia de consulta de atenção as grávidas e as crianças, na segunda feira. As consultas são feitas pela enfermeira ou a médica. A primeira consulta geralmente é feita pela enfermeira, a mesma preenche questionários, exame físico completo, incluindo as mamas, indicam-se os exames complementares do 1º trimestre, realiza-se exame citológico (Papanicolau). Em minha comunidade realiza-se um trabalho conjunto com as mulheres de risco pré-concepcional e idade fértil pelos ACS, técnica em enfermagem e demais profissionais para detectar gravidez antes das 12 semanas.

Realiza-se um trabalho educativo com as palestras de aleitamento materno, alimentação saudável, risco de tabagismo, de álcool e de drogas na gravidez, as grávidas devem ter de 6 ate 8 consultas de Pré-Natal. Temos deficiências com a estabilidade das consultas de odontologia, já que não todas são avaliadas e o serviço de odontologia fica fora da UBS. Nas atividades de saúde temos participação ativa da nutricionista, assistente social e psicóloga.

Uma vez que estas gestantes encontram-se em trabalho do Parto são encaminhadas ao Hospital mais perto. Na etapa de puerpério são avaliadas pelas enfermeiras e médico, fazendo-se o teste de pezinho nos primeiros dias. Quanto à atenção ao puerpério, segundo o Caderno de Ações Programáticas estimava-se que nos últimos 12 meses teríamos 32 partos, destas mulheres 12 (37.5%) foram consultadas antes dos 42 dias de pós parto. As mesmas tiveram a consulta puerperal registrada e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém nascido. Só 6 (18,7%) mulheres receberam orientações sobre planejamento familiar. Em relação a realização do exame ginecológico só 8 (25%) foram avaliadas e 12 (37.5%) tiveram as mamas examinadas. As 12 (37.5%) receberam orientações dos cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno. Em todas as reuniões da equipe

de Saúde fazemos uma análise da atenção pré-natal e puerperal, indicador muito importante.

Na prevenção de câncer de colo de útero a UBS de acordo o Caderno de Ações Programática temos uma estimativa de 511 mulheres e a equipe tem um total de mulheres entre 25 e 64 anos residente na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero de 460 (90%).

Nos indicadores de qualidade estamos com 200 (43.47%) mulheres com exame citopatológico para câncer de colo uterino, 20 (4.34%) de mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso. A equipe não tem mulheres com exame citopatológico alterado. Devemos salientar que 200 (43.47%) das coletas realizadas estão com as mostra consideradas satisfatórias as mostras com células representativas da junção escamocolumnar (epitélio escamoso e glandular). Tivemos dados que 202 (43.8%) destas mulheres tiveram realizada a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica. Estas mulheres foram investigadas para a presença de fatores de risco. As 200 (43.47%) mulheres receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero.

Não temos casos de câncer de mama e câncer de colo de útero, mas são realizadas ações que orientam sobre malefícios de consumo excessivo de álcool, não são realizadas ações para controle de peso das mulheres, não são realizadas ações de estímulo a pratica regular da atividade física, já que não temos educador físico. Através das ações de saúde é relevante a consulta individual, onde são realizadas ações de rastreamento do câncer como exame clinica ou solicitação de mamografia. Os exames clínicos são feitos pela enfermeira e o medico, e não temos protocolo de controle de câncer de mama. Também são controladas no livro de registro e no prontuário clinico. Fazemos planejamento, gestão e coordenação das ações pela médica e a enfermeira e não realizamos reuniões para analisar estes planejamentos.

Temos um total de 159 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Destas mulheres nenhuma tem realizada mamografia em dia. Realizamos avaliação de risco para câncer de mama á 12 (7.54%) mulheres, e 150 (9.43%) mulheres receberam orientações sobre a prevenção de câncer de mama.

Temos como estratégia fazer um trabalho de promoção e prevenção de saúde com as mulheres das idades compreendidas entre 50 e 69 anos, apesar de que também devem ser olhadas em outros grupos de idade, Trabalhamos em equipe com os ACS, constituído uma rede de atenção à mulher. Em cada reunião mensal analisamos estes indicadores e traçamos metas de trabalho, compomos uma equipe de trabalho com os demais profissionais de saúde como psicólogo, nutricionista e odontólogo, para dar seguridade e apoio emocional as mulheres com esta doença.

Temos um total de 159 hipertensos em acompanhamento, correspondendo a 38% das estimativas do CAP. Todos os profissionais fazem ações de orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS ou DM. Ainda não temos ações para o controle de peso corporal, não temos educador físico, são realizadas ações para orientar sobre os malefícios de consumo excessivo de álcool.

Fazemos atendimentos de adultos com HAS e DM todas terça feiras, já que no resto da semana temos planejamentos de outras atividades. Quando o usuário é atendido pelo medico ou enfermeira as próximas consultas são agendadas, não há excesso de demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos. Classificamos os riscos cardiovasculares.

Em minha UBS e fora da mesma são feitas atividades como palestras individuais e coletivas explicando-lhes as consequências negativas do tabagismo, droga e álcool. Temos participação ativa dos ACS identificando os grupos de maior risco, também fazemos planejamento e gestão das ações. Temos problemas com as reuniões onde não temos avaliação destes indicadores, e o odontólogo não cumpre com ações de saúde bucal com estes usuários.

Com relação à população diabética temos um total de 43 (36% das estimativas do CAP), indicando que a cobertura esta muito baixa. O atendimento ocorre todas terças feiras, e para melhorar o trabalho e contribuir ao melhor qualidade de atenção aos usuários com HAS e DM temos que manter busca ativa de casos. Trabalhamos com grupos de risco com atividades de promoção e prevenção de saúde, incrementamos atividades educativas sobre atividade física, fazemos rastreamento de HAS em pessoas de 20 anos ou mais uma vez por ano, incrementamos atividades com equipe completa (nutricionista, psicólogo, odontólogo, assistente social ou outros), registrando nas fichas de acompanhamento do risco cardiovascular. Em todas as reuniões de equipe analisamos, avaliamos e

monitoramos estes indicadores, além de fazer rastreamento de DM em pessoas de 20 anos ou mais uma vez por ano, fizemos atividades como palestras individuais e coletivas com toda a equipe de saúde. Trabalhamos conjuntamente com o odontólogo pesquisando usuários com infecção bucal e prevenir sua complicação, registramos nas fichas de acompanhamento o risco cardiovascular e em todas as reuniões de equipe avaliamos e monitoramos as ações de saúde respeito a esta doença.

Na UBS temos um total de 224 idosos (84% do estimado) com atendimento todos os dias da semana. Participam do atendimento dos idosos o enfermeiro, médica, e técnico de enfermagem. Após a consulta o idoso sai da UBS com a próxima consulta ou retorno agendado. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Não temos protocolo pra atendimento para idosos, temos muitas ações desenvolvidas em nossa UBS e nas igrejas, como Imunizações, promoção de atividades físicas pela enfermeira ou a medica, já que não temos educador físico.

.Temos um arquivo especifico de idosos, mas não é revisado periodicamente. Os profissionais de saúde da UBS não avaliam a capacidade funcional global dos idosos, já que não temos essa escala. Nós explicamos aos idosos e a sua família como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde. Temos caderneta de idosos, e as atividades de grupo são feitas no âmbito da UBS, centro de assistência Social ou outro âmbito, onde participam a enfermeira, a médica, ACS, técnicos em enfermagem, nutricionista, também os profissionais dedicam-se ao planejamento, gestão e coordenação das ações.

O processo de trabalho poderia ser melhorado com uma melhor qualidade e controle de registro do atendimento, fazendo um melhor plano de atividades com toda o equipe de saúde, com o controle e busca ativa de hipertensos e diabéticos já que tem um índice muito baixo e também há usuários faltosos de acordo com os ACS. Em cada reunião da equipe é um fator importante de debate, se o odontólogo tem um arquivo com melhor controle por grupos de idades e doenças, a classificação dos idosos com vulnerabilidade social e a realização de visitas domiciliares com melhor qualidade procurando fazer avaliação geriátrica global para determinar as deficiências, fragilidade ou habilidades dos idosos.

O atendimento de usuários inicia pelo agendamento da equipe e de maneira livre. Também ocorre por marcação de consultas para atenção especializada, com

planejamento, programação, e implementação das atividades e priorização das soluções dos problemas de saúde apresentadas e também com desenvolvimento das ações educativas que possam ajudar qualidade de vida. Com respeito a dificuldades encontradas acho que nós poderíamos fazer algumas ações para benefícios da população: mapa geográfico de abrangência da UBS; fazer o pedido de lápis, caneta, borrachas e outros materiais; solicitação de equipo de oftalmoscópio, otoscópio, negatoscópio, lâmpadas; instituir na UBS os protocolos de principais doenças crônicas, pré-natal, idoso e também doenças infecciosas. Com os gestores, fazer o pedido de armário ou vitrina para armazenar medicamentos e que estes fiquem ventilados; organizar com usuários uma horta com algumas plantas que poderiam ser usados como plantas medicinais ou medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. A busca ativa de usuários com doenças crônicas como HAS e DM deve ser implementada, já que fica muito baixo (Um dos principais problemas da população).

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

No inicio do curso de especialização não nos era possível realizar uma análise mais completa e adequada, e a impressão inicial de boas condições de estrutura física e boa disponibilidade dos recursos não era totalmente verdadeira. Cursar a unidade 1 e a sistematização do relatório facilitou na identificação de problemas, como o planejamento e executar ações para corrigi-las. Foi uma ferramenta fundamental neste sentido, e na medida em que avançamos na análise situacional podemos utilizar os recursos e conhecimentos que ajudam a melhorar o diagnóstico da UBS.

A importância do relatório para nosso trabalho é que com a realização do relatório podemos ter uma visão muito mais ampla e abrangente de nossa UBS, as deficiências encontradas, que no nosso caso foram muitas, e assim podemos trabalhar muito melhor em função de melhorar as dificuldades. Na UBS ainda não temos problemas relevantes, só precisamos de muito trabalho e muita união, já que meus colegas agora tem um medico estável toda a semana e assim eles tem mais segurança no trabalho. Fazemos atividades de promoção e prevenção de saúde. Por

isso, com este curso de especialização podemos perceber deficiências em nosso trabalho, que são muitas. Com respeito ao CAP, para mim foi muito difícil de preencher os dados de cada doença devido a deficiências nos registros e prontuários. Os registros estão desatualizados ou simplesmente ainda não temos arquivos para eles, e esta análise situacional nos permitira trabalhar com essas deficiências.

Com relação à situação da ESF/APS em minha UBS e fazendo um comentário entre o texto inicial e este relatório eu posso avaliar que ainda não estão resolvidas as dificuldades de nosso trabalho que possibilitam fazer um bom atendimento a população. Também as condições da UBS mantêm algumas dificuldades, tendo em conta que algumas deficiências ficaram resolvidas, como a troca das lâmpadas para melhora de nossa iluminação em consultórios, a troca das macas para um melhor exames dos usuários. Mas acho que outras poderiam ser melhoradas com o esforço de todos nós e dos gestores municipais, trabalhando conjuntamente com toda equipe, fazendo atividades preventivas de saúde. Agora eu estou muito mais fortalecida com esta tarefa como medico geral deste município já que tenho uma equipe de saúde completa. Quero informar que minha UBS está em fase de edificação, e encontra-se em uma etapa muito avançada da sua conclusão, o qual contribuirá para um melhor atendimento da população. Umas das coisas que temos que enfatizar é a busca dos diabéticos e hipertensos já que ainda é um indicador muito baixo (principais problemas de minha comunidade).

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em media), chegando a mais de 50% para indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No Brasil mostram que a prevalência de diabetes auto-referidas na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6% entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4% em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção das doenças, correspondendo a 6 % dessa população.

Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com maior índice (7,1%). É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6% em 2000 para a 6ª posição, 11,3% em 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2003). Na atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes são desenvolvidos os cuidados direcionados para o controle de pressão arterial e glicemia, de fatores de risco, bem como ao estímulo de hábitos saudáveis, diminuindo a morbi-mortalidade das doenças.

A maior parte das complicações que a HAS e o DM acarreta é vivenciada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos ou diabéticos. Deste modo torna-se necessária a adoção de estratégias de diagnóstico precoce.

A escolha do foco foi motivada pela grande demanda de atendimentos na UBS, além disto, com poucos recursos poderíamos fazer um melhor trabalho,além de garantir uma boa atenção saúde. As ações programáticas agrupam um numero

de atividades a realizar numa população alvo, dirigidas em seu conjunto a melhorar atenção e qualidade de vida das pessoas com estas doenças.

De acordo com o CAP, na UBS de Barra do Longa temos uma população de 2114 usuários, e a estimativa do numero de hipertensos com 20 anos ou mais residentes são 424 com hipertensão arterial. Destes, 159 estão sendo acompanhados (38%). Em relação aos diabéticos, estima-se 121, e destes, 43 estão sendo acompanhados (36%). Temos que pesquisar usuários com estas doenças que não estão cadastrados nem arquivados em prontuários ou outros registros específicos. Percebe-se que esta é nossa principal dificuldade.

Certamente se conseguirmos rastrear toda esta população adulta conseguiremos ter uma boa Cobertura da área nesta Ação Programática.

Os atendimentos aos usuários com HAS e ou DM ocorrem na 2ª e 4ª feira em dois turnos de trabalho. Varias ações são desenvolvidas nos cuidados destas doenças como vacinação ao dia, tratamento, prevenção da obesidade, alcoolismo e tabagismo. Dentro das ações de atenção a equipe não fez a estratificação dos riscos cardiovascular, além de conhecer os riscos de cada um deles utilizamos os protocolos para atendimento a outros níveis da rede de atenção como encaminhamento a especialidades, internação hospitalar e Pronto Socorro.

Com a participação multidisciplinar, são desenvolvidas várias atividades educativas de grupo que inclui orientação continuada do reconhecimento de sinais de complicações e o estímulo a elaborações de hábitos saudáveis de vida, como as práticas corporais para evitar sedentarismo, hábitos alimentares saudáveis e a orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo. Não temos presença de educador físico, mas mesmo assim todos nós orientamos a população sobre sua importância,

A intervenção facilitará a atualização dos cadastros, a realização do rastreamento para a identificação de casos novos e a implementação da busca ativa de faltosos. A intervenção é importante já que se estabelece um sistema de atenção mais organizado, amplia-se o grau de implementação das ações programáticas com todos os membros de nossa equipe onde eles tem participação em todas as atividades. Pelas limitações de recursos que temos na UBS, não podemos implementar um sistema de trabalho com todas as condições necessárias, pois temos muitas limitações.

Os aspectos que viabilizam a realização de minha intervenção são o trabalho em conjunto com minha equipe de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS Jonas Alexandrino Escorcio no município de Buriti dos Lopes /PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

A intervenção está estruturada para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Jonas Alexandrino Escorcio de Barra de Longa, no Município Buriti Dos Lopes, estado do Piauí. Participarão da intervenção usuários com HAS e DM com 20 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo1: Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O monitoramento da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através dos prontuários de atendimento, das fichas-espelho, das fichas de cadastros dos ACS e da alimentação do banco de dados em planilha própria para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização. Com a participação de toda a equipe de saúde vamos monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais

solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Os indicadores de cobertura serão analisados nas reuniões das equipes e serão discutidas possíveis soluções dos problemas encontrados. Serão realizados pelo médico e enfermeira, semanalmente. Faremos a revisão dos registros para proceder a avaliação da cobertura.

Para o monitoramento da realização de exame clínico dos usuários com HAS e DM será utilizada uma planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pelos médicos e enfermeiras utilizando a ficha específica do programa.

O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia como prioridade. Será avaliada a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem.

Para o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas protocolo (consultas em dia) serão coletados numa planilha as informações para acompanhar o cumprimento das consultas.

Para o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde serão coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será observada a rotina de realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos hipertensos e diabéticos.

Para monitorar a realização de orientação nutricional; atividade física regular; sobre riscos do tabagismo e higiene bucal durante as consultas de enfermagem, médica será registrada na ficha espelho e passada para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas também serão registradas das consultas de odontologia em seu serviço.

Eixo 2: Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento; e Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização do hemoglico teste na unidade de saúde.

Detalhamento: Toda a vez que algum profissional atender a um usuário hipertenso ou diabético a recepção fornecerá a ficha espelho deste usuário junto com o prontuário. O profissional responsável pelo atendimento irá fazer o preenchimento das informações da consulta tanto no prontuário quanto na ficha espelho. Diariamente, os registros de atendimento dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS serão revisados pela técnica de enfermagem para que as fichas espelho fiquem completas.

Concretamente vou realizar esta ação em meu serviço através de atividades como acolher os hipertensos e ou diabéticos, cadastrando todos os residentes da área de cobertura da UBS, atualizando as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e as informações de arquivos e fichários.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente a equipe receberá capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e serão definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Será organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos ACS e também da demanda espontânea.

Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada a sua patologia será garantida consulta no mesmo dia. Será solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a aferição do esfigmomanômetro, manguitos e dos aparelhos de hemoglico teste, assim como serão solicitadas fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

A médica e enfermeira serão responsáveis por realizar as capacitações dos profissionais em horário estabelecido para eles com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Irão também organizar as consultas com todos os profissionais, disponibilizando a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde. Serão responsáveis por articular com o gestor a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo. Irão também avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para organizar as visitas domiciliares, serão planejadas para que sejam realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas. Incluir na agenda estabelecida o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Para manter as informações atualizadas iremos Implantar a ficha de acompanhamento, pactuando com a equipe o registro das informações e definindo o responsável pelo monitoramento dos registros, organizando um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Será responsável o médico, a enfermeira e o técnico de informática da equipe para o monitoramento dos registros. Será utilizada a planilha de coleta de dados e será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Serão priorizados os usuários avaliados como de alto risco a partir do controle periódico, estabelecendo uma agenda para o atendimento desta demanda.

Para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, iremos demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. Será necessário organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Estabelecer também parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física. Será necessário também responsabilizar a participação do odontologista na realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos já seja em nível individual como coletivas.

Eixo 3: Ações no eixo Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa; a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, e do

rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados, inicialmente para informar a comunidade sobre o programa e sobre a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco da hipertensão e também do diabetes. Também serão desenvolvidos folders informativos sobre as patologias. Serão organizadas atividades educativas em sala de espera explicando sobre as formas de prevenção das doenças e seus principais sintomas e complicações, assim como também nos grupos existentes na UBS.

Serão realizadas palestras nas comunidades para informar sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar também sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Durante as palestras, orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular esclarecendo quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e manter uma boa higiene bucal.

Eixo 4: Ações no eixo qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos; Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Antes do início da intervenção, a equipe será capacitada pela enfermeira sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação do hemoglico teste, assim como seus valores de referência. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas.

Para capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização no tratamento da hipertensão/diabetes, realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, iremos aproveitar as reuniões que se realizam na UBS.

Serão aproveitadas as reuniões periódicas para capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico; o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo e periodicidade recomendada; o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; e os usuários que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para o monitoramento a realização de exame clínico dos pacientes com HAS e DM será coletada numa planilha de coleta de dados e o registro será feito em todas as consultas pelos médicos e enfermeiras utilizando a ficha específica do programa.

Para o monitoramento os pacientes com HAS e DM serão coletados numa planilha de coleta de dados para identificar os exames solicitados. O monitoramento da periodicidade será realizado examinando os registros na ficha espelho mensalmente.

O gestor municipal irá garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia como prioridade. Avaliados a necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade; Garantir a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames com o gestor municipal; Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) e um sistema de

registro das necessidades de medicamentos; Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica.

Detalhamentos: Será responsável e feito por pela médica e enfermeira em todas as consultas. Realizar as capacitações dos profissionais em horário estabelecido para eles com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Organizar as consultas com todos os profissionais para que fluísse bem. Colocar a versão digital e impressa atualizada do protocolo na unidade de saúde. Identificar todos os pacientes com HAS e DM que assistam a consulta e não estão atualizados com o protocolo. Articular com o gestor a prioridade da realização dos exames complementares definidos no protocolo. Organizar os serviços de coleta de exames para lograr eficiência aos pacientes com HAS e DM. A técnica de farmácia irá manter estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Elaborar e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organizar as consultas com os profissionais presentes para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Avaliar as necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos que precisem deste serviço.

Ações no eixo Engajamento Público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto: aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão/diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; a necessidade de realização e periodicidade de exames complementares; ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a necessidade

de realização de exames complementares. Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade quanto a esses direitos e possíveis alternativas para obter este acesso. Realizar palestras nas comunidades para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para: a realização de exame clínico apropriado; seguir o protocolo adotado; a realização a atualização do profissional no tratamento da hipertensão/diabetes; a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamentos: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Aproveitar às reuniões que realizam se na UBS e realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes assim como capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamentos: Para o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas protocolo (consultas em dia) serão coletados numa planilha as informações para acompanhar o cumprimento das consultas.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamentos: Planejar visitas domiciliares e sejam realizadas por profissionais da equipe para buscar os faltosos às consultas. Incluir na agenda estabelecida o acolhimento dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ações no eixo Engajamento Públicas.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão; Esclarecer as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos/diabéticos quanto a

realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamentos: Aproveitar as reuniões realizadas na UBS e capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos/diabéticos

acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamentos: Para o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde serão coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar a ficha de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamentos: Levar um estrito controle para manter as informações do SIAB

atualizadas.

Se realizará a ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários.

Estabelecer estrito controle por parte da equipe para levar o registro das informações.

Será responsável o médico, a enfermeira e informático da equipe para o monitoramento dos registros. Será utilizada a planilha de coleta de dados e será avaliada mensalmente para se obter o controle e identificar as situações de alerta.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário; e no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamentos: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamentos: Realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos hipertensos e diabéticos.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamentos: Levar controles mais periódicos aos pacientes avaliados como de alto risco. Estabelecer a agenda para o atendimento desta demanda.

Ações no eixo Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como exemplo respeito a alimentação.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer aos pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para: realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo (em especial a avaliação do pés, no caso de diabéticos); a importância do registro desta avaliação; quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamentos: Aproveitar às reuniões realizadas na UBS e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Ações no eixo Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional; atividade física regular; sobre riscos do tabagismo; e higiene bucal.

Detalhamentos: As orientações das consultas de enfermagem, médica e do dentista serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas.

Ações no eixo Organização e Gestão do Serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo; Organizar

tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamentos: Estabelecer materiais necessários e profissionais responsáveis. Bem como programas as datas das atividades e sua divulgação. Estabelecer parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física e articular com o gestor para priorizar a presença do nutricionista nestas atividades. O gestor deverá comprar os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Responsabilizar a participação do odontologista na realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos já seja em nível individual como coletivas.

Ações no eixo Engajamento Público:

Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

Ações no eixo Qualificação da Prática Clínica.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre: práticas de alimentação saudável; metodologias de educação em saúde; a promoção da prática de atividade física regular; o tratamento de pacientes tabagistas; e higiene bucal.

Detalhamentos: Realizar palestras nas comunidades para orientar hipertensos e /ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1. 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo:

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

Denominador: Número total de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

Denominador: Número total de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 31. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas no posto de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 31: Proporção de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas no posto de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa:

Numerador: Número de diabéticos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular:

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física:

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física regular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados a unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física:

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física regular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados a unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal:

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Com a implementação da intervenção temos dois protocolos como referência para a organização da atenção básica: Caderno de Atenção Básica nº37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica do MS (BRASIL, 2013a e BRASIL 2013b) é CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, DIABETES MELLITUS 36 Brasília – DF 2014. Os impressos utilizados são o prontuário clínico e a ficha de Hiperdia, disponíveis na UBS. Como esses instrumentos não permitem a coleta de informações sobre classificação do risco, saúde bucal, nutricional, nem hábitos de uso de tabaco ou alcoolismo, um livro de registro será utilizado para a coleta desses dados. Será utilizada a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Para o registro e monitoramento da intervenção, será utilizada a planilha de coleta de dados.

A organização do registro específico do programa ficará sob a responsabilidade da enfermeira e a técnica de enfermagem, que revisarão o livro de registro para identificar todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS. Os ACS ou outros trabalhadores da saúde localizaram todos os prontuários, transcrevendo ao livro toda a informação disponível. Além disso, serão registradas as atividades em atraso, como consultas, exames laboratoriais, e avaliação nutricional e bucal. Nestes casos a informações são recolhidas na secretaria de saúde onde são feitas as coletas de exames e avaliação pela nutricionista e odontólogo.

Diversas ações para a implementação da intervenção terão participação ativa de todos os membros da equipe. Uma das mais importantes é a qualificação da prática clínica. A médica, coordenadora da intervenção, realizará junto com a enfermeira as ações de capacitação. O estudo do manual será individual e posteriormente o conteúdo será conversado em equipe. Temas de estreita relação

com as atribuições específicas de cada disciplina serão de responsabilidade de apenas um dos profissionais, como as técnicas de verificação da pressão arterial, incluindo uso adequado do manguito, e a realização do hemoglicose teste pela enfermeira; e o manejo das intercorrências referentes ao diagnóstico e tratamento. As capacitações ocorreram na própria UBS, aproveitando o horário da reunião da equipe.

O monitoramento da ação programática da população alvo dependerá de um conjunto de ações realizadas pela equipe. Os ACS trabalharão no cadastro nominal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes para compor um livro de registros, permitindo um retrato atualizado e mais próximo da realidade. O levantamento de casos será entregue semanalmente a técnica de enfermagem, responsável pela sistematização e organização do livro. A enfermeira revisará os prontuários clínicos, fichas de Hipertensão, ficha espelho e livro de registro, identificando condições críticas ou falhas no acompanhamento, como usuários faltosos. Também serão recolhidos dados de usuários com estas doenças não identificados nem pesquisados, ou seja, ocultos, para assim fazer um bom cadastramento deles. Também são revisados usuários com exames laboratoriais em atraso. Sob a coordenação da médica e enfermeira, a análise dos indicadores de cobertura será avaliada nas reuniões das equipes, discutindo possíveis soluções dos problemas encontrados.

E muito importante o acolhimento, é de responsabilidade não somente da recepcionista e técnica de enfermagem, mas também de toda a equipe. O acolhimento é realizado todos os dias da semana, e em relação à necessidade do usuário são encaminhados para as consultas. Usuário com sintomatologia suspeita de HAS e/ou DM serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura para estas doenças, assim como os hipertensos e diabéticos com problemas agudos de saúde para evitar qualquer intercorrências. Os usuários hipertensos e diabéticos sairão da UBS com na próxima consulta agendada.

O engajamento da comunidade tem grande importância, e já será fortalecido por meio de variadas ações de responsabilidade da médica e enfermeira. A principal delas é a realização de palestras educativas e atividades de promoção de saúde na UBS e nas comunidades, praças e igrejas com a participação da população em geral. Será o momento para a abordagem de temas específicos sobre hábitos alimentares saudáveis, orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo e práticas corporais. Além disso, vamos apresentar os resultados da intervenção,

como a adesão dos usuários às consultas, índices de cobertura. Estas atividades se realizaram com uma frequência semanal, nas tardes, segundo as características da população agendada para esta atividade. Participaram os membros das equipes: médicos, enfermeiras, técnica de enfermagem, ACS, nutricionista. Não temos educador físico, fator muito importante para implementação das praticas de exercícios corporais. Também em certas ocasiões contamos com a participação e apoio da Secretaria de saúde ou outros gestores. Nossos principais apoios como equipe seria da comunidade para difundir a necessidade de atendimento prioritário dessa população.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nestas 12 semanas de desenvolvimento da intervenção em saúde dos usuários com hipertensão e diabetes na UBS Jonas Alexandrino Escorcio na zona rural, localidade de Barra de Longa do município de Buriti dos Lopes, região litorânea de Piauí, nossa equipe fez um esforço para cumprir com as atividades que foram planejadas no cronograma, fazendo uso da logística prevista e cumprir com objetivos e metas propostos. Alcançar indicadores favoráveis resultou inicialmente um grande desafio, e em certos momentos impossível, já que sou medica nova no município, mas se tornou exequível com apoio dos gestores da saúde e prefeitura, e com a participação direta e apoio da comunidade que acolheu com muito entusiasmo a intervenção, envolvendo-se em cada uma das atividades e nas ações em saúde.

No eixo de Monitoramento e Avaliação.

No transcurso das 12 semanas, a equipe fez em cada semana o monitoramento da intervenção e avaliação das atividades com o preenchimento dos prontuários, a caderneta dos usuários hipertensos e diabéticos e a ficha espelho, assim como a qualidade do preenchimento delas. Fizemos avaliação do comportamento dos indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção de saúde. Além disso, foi avaliado cada resultado obtido fazendo uma análise do alcance dos objetivos propostos, mas é relevante mencionar que a equipe não alcançou 100% do cadastro dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço.

Na primeira semana foi feito um pequeno encontro com a gestão para apresentar a intervenção e viabilizar o apoio para a logística assim como os materiais, insumos equipamentos, etc. Nessa mesma semana realizou-se a reunião da equipe para apresentar a intervenção e definição do papel de todos os profissionais nesta ação programática a executar, os quais acataram o projeto com facilidade conseguindo envolver toda a equipe. Também foi feita capacitação da equipe baseado no protocolo de hipertensão e diabetes.

Tivemos dificuldades para a organização da Agenda Compartilhada com o profissional odontólogo já que nossa UBS encontra-se em reforma desde o ano 2012 e foi planejada a entrega em dezembro 2015. Mas se cumpriu o trabalho e de forma ótima. As consultas de odontologia são realizadas na mesma cidade. Nossa área de abrangência é longe na zona rural e muito dispersa, e ele fez um planejamento de trabalho com a comunidade para as consultas de odontologia dos usuários com estas doenças. Embora esta situação, a equipe e odontólogo fizeram palestras com temas de saúde bucal nas consultas de hipertensão e diabetes, realizaram avaliação da necessidade de atendimento. Além disso, a equipe de odontologia tem conhecimento dos casos dos usuários para ser consultadas e é perceptível o interesse em aderir com nossa equipe para o trabalho na melhoria da qualidade da atenção na saúde dos hipertensos e diabéticos conforme ao planejado no projeto de intervenção.

A gestora garantiu a disponibilização de materiais e insumos para a realização das atividades e o carro para o deslocamento da equipe na realização das consultas e as visitas domiciliares para garantir a busca de casos novos. Não tivemos casos faltosos.

Com o grupo de HIPERDIA realizamos várias atividades de comunicação, conversando sobre a importância das consultas, as preocupações dos profissionais por sua saúde, e os mesmos tiveram a oportunidade de colocar suas queixas e experiências, esclarecendo dúvidas, mitos e crenças, e sentimos a necessidade de oferecer mais e melhor educação em saúde. Em um dos encontros reunimos dois grupos de áreas diferentes, em colaboração da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal para o transporte dos usuários da zona rural. O encontro resultou muito interessante, falamos sobre as doenças, complicações, importância do seguimento à consulta para a avaliação integral. Além da troca de experiências, das inquietudes e

anedotas percebemos um clima de confiança e interesse e maior conhecimento sobre as doenças. Este último aspecto de grande importância, pois na medida em que conhecem mais acerca das doenças melhoram as práticas de autocuidado. Palestras educativas em saúde foram realizadas nas comunidades, inclusive em praças, e em todas as atividades realizadas estiverem presentes os membros das equipes. Nessas atividades muitas vezes participaram pessoas da comunidade que não apresentavam hipertensão e/ou diabetes, com os quais fizemos trabalho preventivo falando acerca dos danos sobre saúde de hábitos não saudáveis como tabagismo e alcoolismo, e também falamos sobre a necessidade de uma alimentação saudável e os benefícios da prática de exercícios físicos para a saúde. É importante assinalar o aumento das consultas e seguimento em odontologia de hipertensos e diabéticos devido às atividades educativas realizadas pelo serviço odontológico.

No eixo de engajamento público

Como bem foram planejados no cronograma os contatos com as lideranças da comunidade e com os presidentes das comunidades foram cumpridas para viabilizar a realização das consultas de hipertensos e diabéticos, para falar da importância da ação programática de Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos, e dessa forma semanalmente cumprimos com as diversas atividades programadas, sem deixar de fazer as outras atividades correspondentes a nosso trabalho. Até agora temos seu total apoio para levar a cabo a realização de todas as atividades.

Nestas 12 semanas de desenvolvimento da intervenção foram realizadas atividades de educação em saúde na comunidade com temas relacionados para melhorar a qualidade de vida, como por exemplo, prevenção de doenças cerebrovasculares, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de risco cardiovascular, risco de tabagismo, risco de consumo de álcool e drogas e risco de obesidade. Em uma ocasião a chuva tentou prejudicar nossa atividade, mas não impediu a realização das atividades planejadas.

No eixo de Qualificação da Prática clínica.

As atividades de capacitação dos profissionais da equipe segundo o protocolo de atenção a hipertensos e diabéticos, foram realizadas na primeira, quarta e nona semanas da intervenção. Estas capacitações foram realizadas na

UBS e feitas pela médica. A enfermeira realizou as capacitações para uso dos impressos e registro das ações, assim como a busca ativa de casos novos. Nas primeiras duas semanas foi difícil conseguir organizar o preenchimento da caderneta dos usuários e a atualização dos prontuários clínicos, mas a equipe conseguiu incorporar e realizar ao trabalho dois atendimentos clínicos. Os usuários com déficit e excesso de peso conseguiram ser avaliados pela nutricionista. Ela falou sobre alimentação saudável e também os riscos de obesidade e consumo excessivo de sal e o perigo que resulta.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não tivemos dificuldades na realização destas atividades, todas as atividades foram desenvolvidas e a equipe contou com o apoio da gestão do município para bom desenvolvimento da intervenção em relação aos insumos, materiais e transporte da equipe e a população de todas as atividades programadas no cronograma.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades nos indicadores. Todos ficaram com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, também com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Também todos foram avaliados pelo odontólogo. Nós tivemos dificuldades com o fechamento das planilhas de dados. Com os cálculos dos indicadores não tivemos dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações previstas no projeto de intervenção estão vinculadas com a rotina de trabalho da UBS, pois a equipe fez o previsto no projeto, tais como: o registro adequado na ficha espelho, possibilitar a todos os usuários com hipertensão e diabetes nas consultas uma adequada avaliação integral com exames físico e tratamento preventivo e medicamentoso, mantendo o monitoramento segundo o protocolo. Também continuaremos sensibilizando para que todos conheçam a importância de manter uma vida saudável com a prevenção de complicação, diminuindo a morbimortalidade e aumentando o nível de vida. Todas estas ações foram feitas de acordo com os protocolos do MS, assim como as outras atividades que foram feitas nas 12 semanas de intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Antes de tomar a decisão da escolha do tema da intervenção, a equipe fez um análise dos pontos positivos e fragilidades da UBS, tanto com relação à estrutura física como em relação ao processo de trabalho incluindo o acolhimento da população adstrita, chegando a conclusão de realizar a intervenção para qualificar a atenção a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Jonas Alexandrino Escorcio no período de 27 de abril até 18 de julho.

A população vinculada à equipe é de 2114 habitantes residentes na área de abrangência da UBS. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas foram coletados os dados durante a Análise Situacional dos usuários hipertensos e diabéticos. A cobertura do programa aumentou progressivamente, isto foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários não cadastrados na UBS pelos ACS e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculados com a comunidade, além das atividades educativas em saúde realizadas, além de contar também com o apoio dos gestores de saúde e governo municipal.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A equipe da Saúde da Família acompanhou durante a intervenção 62,1% (n=200) dos 322 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS ao final do terceiro mês da intervenção. No primeiro mês a cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão foi 15,5% (n=50), no segundo mês, 31,7 % usuários (n=102) e no terceiro mês 200 (62,1%). Apesar da cobertura ter aumentando na medida em que as semanas passavam, não conseguimos alcançar a meta estabelecida de 100%. Certamente essa foi uma meta audaciosa, difícil de alcançar num período tão curto, de apenas três meses (Figura 1).

Percebe-se também a diferença dos denominadores gerados pela planilha de coleta de dados e pelo CAP. De acordo com o CAP, o número de hipertensos estimados era de 424 e 121 diabéticos. Já a planilha de coleta de dados calculou, com a mesma população (2114 habitantes), 322 hipertensos e 79 diabéticos. Consideramos que a estimativa da planilha de coleta de dados corresponde à nossa realidade, e utilizamos estes valores como denominadores da intervenção.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A equipe da UBS acompanhou 97,5% (n=77) dos 79 pessoas com diabetes residentes na área da UBS durante a intervenção. A cobertura do programa aumentou progressivamente, avançando de 39,2% (n=31) no primeiro mês, e 70,9% (n=56) no segundo. E ao final, a meta de 97,5% foi alcançada (Figura 2). O resultado deixou a todos satisfeitos. Isto foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca ativa de usuários com estas doenças pelos ACS e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculados com a comunidade, além das atividades educativas em saúde realizadas, e de contar também com o apoio dos gestores de saúde e governo municipal.

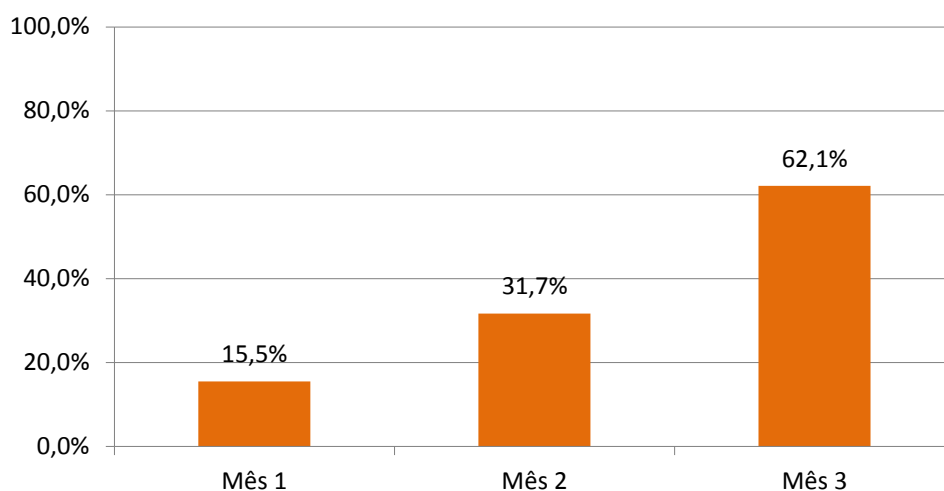


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, município Buriti dos Lopes/PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

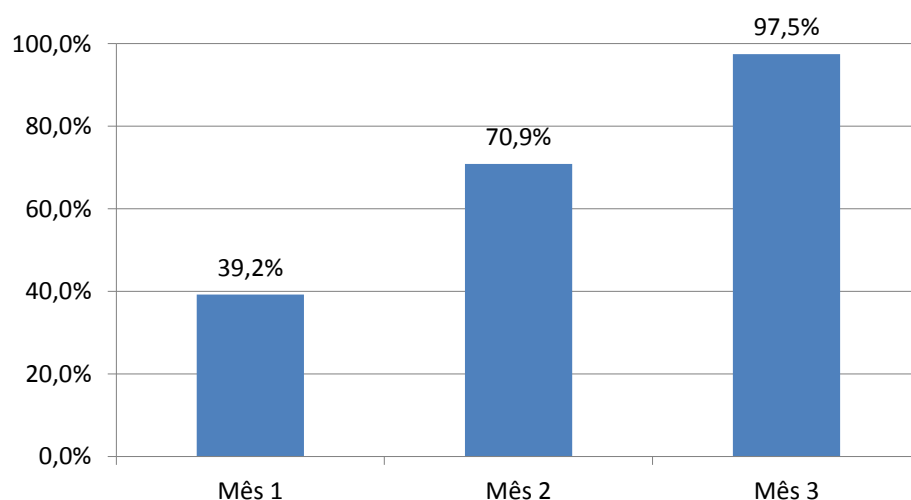


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Jonas Alexandrino Escorcio, município Buriti dos Lopes PI, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo:

Quanto ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, as metas foram todas fixadas em 100%.

Com relação a realizar exame clínico apropriado em hipertensos, os resultados ficaram em 100% nos três meses de intervenção (50 no primeiro, 102 no segundo e 200 no terceiro mês). Esses resultados foram possíveis pela correta utilização dos protocolos disponibilizados pelo MS por todos os membros das equipes responsáveis pelos atendimentos, garantida pela capacitação. Além de desenvolver várias ações como o monitoramento do número de hipertensos com exames clínicos solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. De tal forma realizamos exames clínicos ao usuário com hipertensão, utilizando para o registro a ficha específica do programa em todas as consultas médicas e de enfermagem, garantindo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos) na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Atingimos a meta de 100% dos usuários com diabetes acompanhados com exame clínico apropriado nos três meses da intervenção. O desempenho desse indicador tem também relação com a capacitação das equipes com base nas linhas de conduta dos manuais do MS, o monitoramento da evolução da ação, coletando os dados numa planilha a partir dos registros feitos em todas as consultas pelo médico e enfermeira em impressões específicos do programa. Além disso, foi garantido o material adequado para a realização do hemoglicose teste na unidade de saúde, assim como também as fitas para a aferição da glicemia capilar e fita métrica para as medidas de circunferência abdominal e braquial.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir que 100% dos hipertensos realizem exames complementares em dia foi outra meta de qualificação da atenção. Novamente alcançamos ótimo desempenho, atingindo a meta nos três meses de intervenção. No primeiro mês de intervenção alcançamos 100% (n=50), no segundo mês 100% (n= 102) e no final do terceiro mês 100% (n=200) dos usuários com os exames complementares em dia.

Aqui foi de grande ajuda o trabalho dos ACS que convenciam os usuários a comparecer às consultas com os exames realizados. Teve certa demora nos agendamentos para a realização dos exames, e achei que poderia ter afetado os resultados, mas não foi assim, todos eles ficaram com exames feitos.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A meta de garantir o 100% dos diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo também foi obtida totalmente, sendo alcançados a metas planejadas. No primeiro mês foi de 100% (n=31), mantendo no segundo mês a 100% (n= 56) e no terceiro mês completamos 100% (n= 77) dos usuários com exames realizados. Essa meta também foi influenciada pelo ótimo trabalho de toda equipe nos agendamentos para a realização dos exames complementares.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Quanto ao objetivo de prescrever os medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, podemos verificar a evolução nos resultados, ao longo dos três meses de intervenção, que foi ótima apesar das dificuldades. No primeiro mês 100% dos usuários (n=50) receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, mantendo no segundo mês em 100% (n=102) e no terceiro alcançamos 100% (n=200) de pessoas hipertensas com medicamentos da farmácia popular. Mesmo com as dificuldades enfrentadas com o fornecimento dos medicamentos, tivemos um aumento progressivo de usuários que fazem uso de medicamentos da Farmácia Popular. Não fazemos demonstração em gráfico já que o resultado obtido foi 100 % nos três meses da intervenção.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

De igual modo, foi prioridade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Podemos verificar por meio do indicador que no primeiro mês de intervenção obtivemos 100% (n= 31) dos diabéticos com prescrição da farmácia popular, no segundo mês chegamos a 100% (n= 56) e no terceiro mês concluímos com 100% (n=77) de usuários fazendo uso da medicação da farmácia popular. Observamos que acontece o mesmo que com os usuários que apresentam hipertensão arterial, em relação com o fornecimento dos medicamentos necessários para o controle das doenças. Devemos observar que todos os casos exigem o uso da medicação, e alguns usuários conseguem fazer também o controle da enfermidade com dieta e exercício físico, especialmente no grupo de usuários com somente hipertensão.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Com respeito a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 100% das pessoas com hipertensão, 50 no primeiro mês, 102 no segundo mês, e 200 no terceiro mês, e/ou diabetes acompanhadas pela UBS ao longo do três meses, alcançando plenamente a meta traçada 31 no primeiro mês, 56 no segundo mês, e 77 no terceiro mês. Todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico ficaram com ótimo resultado devido ao bom trabalho do odontólogo e da técnica da saúde bucal. Também o resultado alcançado ocorreu pela garantia da presença de profissionais para avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim como, pela capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 31: Proporção de hipertensos faltosos á consulta médica com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos á consulta médica com busca ativa.

Com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, planejamos a busca ativa de 100% de usuários com estas doenças, mas não tivemos faltosos às consultas acompanhados pela UBS. A meta foi plenamente atingida nos três meses de intervenção entre os usuários hipertensos e diabéticos. Temos que ressaltar neste aspecto o trabalho realizado pelos ACS nas diferentes áreas adstritas, possibilitando um melhor e adequado cadastramento de usuários que ainda não tinham feito o cadastro pela equipe, além das orientações de educação informativas realizadas nas comunidades para orientar sobre a importância da realização das consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para alcançar o objetivo de melhorar o registro das informações estabelecemos como meta manter o registro adequado de 100% das fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Entre os usuários hipertensos atingimos 100% (n=50) no primeiro mês, 100% (n=102) no segundo e 100% (n=200) no terceiro mês. Como se observa todos os usuários estavam com o registro adequado, pois foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta relacionado ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. No grupo de usuários com diabetes conseguimos 100% de registros adequados nos três meses da intervenção, 31 usuários no primeiro mês, 56 no segundo mês e 77 no terceiro mês. Tivemos ótimos resultados com os diabéticos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi trabalhado por meio da estratificação do risco cardiovascular. A equipe conseguiu realizar essa avaliação para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde durante toda a intervenção, alcançando a meta estabelecida. Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram avaliados em 100%. Cabe salientar que alguns casos foram necessários encaminhamentos ao cardiologista para avaliação. Foram realizadas palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como, esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Além disso, se capacitou a equipe quanto a estratégias para o controle dos riscos modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

A equipe trabalhou a promoção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes fazendo atividades de educação sobre variados temas relacionados à saúde e o controle da hipertensão e diabetes, incluindo a orientação nutricional, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. E todos os usuários com hipertensão e diabetes receberam essas orientações de promoção de estilos de vida saudável, alcançando a meta traçada de 100% nos três meses da intervenção. Nessas atividades contamos com a participação de todos os membros da equipe de saúde da família.

Após a conclusão do projeto de intervenção fizemos uma análise dos resultados em conjunto com toda a equipe, concluindo que este trabalho permitiu fazer mudanças para melhorar nosso trabalho na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS e incorporando todas essas ações na rotina do dia a dia, com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade do município.

4.2 Discussão

A realização da intervenção em saúde dos usuários hipertensos e diabéticos propiciou a ampliação da cobertura do Programa de Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS e a melhoria dos atendimentos desta ação programática assim como a qualidade dos registros e prontuários clínicos.

Em relação ao impacto da intervenção para a equipe, constituiu-se uma oportunidade para capacitar e ampliar os conhecimentos dos profissionais da UBS e cumprir com as orientações do protocolo do MS relativo ao monitoramento do desenvolvimento da intervenção e crescimento da cobertura dos usuários com hipertensão e diabetes. Estas atividades promoveram o trabalho integrado dos ACS, que tem um papel importante nesta ação programática, com a enfermeira, a técnica de enfermagem, a médica, odontólogo e a recepcionista, pois cada um conhece o que deve fazer nos atendimentos destes usuários.

A intervenção exigiu a capacitação das equipes de saúde da família, segundo os protocolos recomendados pelo MS, relacionada com o rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento do usuário. Com as visitas diárias realizadas pelos ACS se explicou aos moradores os sintomas das doenças e a importância de fazer as consultas de seguimento. Nas consultas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram acolhidas pelas recepcionistas e membros da equipe, que juntos preencheram os prontuários clínicos de cada usuário, para que em seguida as técnicas de enfermagem registrassem o peso, estatura, perímetro braquial, pressão arterial, resultado do hemoglicose teste e Índice de Massa Corpórea (IMC). Posteriormente esses dados foram anotados nas fichas-espelho. Logo em seguida as pessoas seguiam para a consulta em que se realiza a anamnese, o exame físico detalhado e a avaliação dos resultados dos exames complementares previamente solicitados, e nos casos em que foram necessários, segundo o protocolo, se indicavam novos exames complementares a eles.

A melhoria dos registros e o agendamento das consultas dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea assegurando um atendimento de excelência da população. Em cada atendimento os profissionais davam orientações referentes à prevenção e controle das doenças. Isso provocou um impacto geral na organização e processo de trabalho, com ações integradas na rotina do serviço a todos os usuários de nossa comunidade. O serviço avançou no cadastramento das pessoas com diabetes e/ou hipertensão, com boas práticas de avaliação integral demonstrado pela melhoria na qualidade da atenção, em que cada um dos profissionais envolvidos conhece seu papel e participa ativamente no acompanhamento de cada usuário. A intervenção impactou de maneira positiva em outras ações programáticas, como por exemplo, na atenção à saúde das crianças.

Embora ainda não seja possível verificar grandes mudanças nos estilos de vida da comunidade e a cobertura da ação programática não tenha atingido a todos que têm diabetes e/ou hipertensão, percebemos que existe um maior conhecimento sobre as doenças. E o maior conhecimento acerca das doenças é o primeiro passo para melhorar as práticas de auto cuidado. Em geral os usuários diabéticos e hipertensos mostram-se satisfeitos com a prioridade do atendimento embora gere problemas de insatisfação na sala de espera, pois nem todos os membros da comunidade conhecem a causa da prioridade nestes casos. Na comunidade pode-

se perceber o impacto da intervenção, já que isto impactou de maneira positiva a eles.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início da análise situacional tivesse a oportunidade de discutir todas as atividades planejadas e desenvolvidas com a equipe, aumentaria as atividades educativas em saúde na comunidade com vistas a promover melhores estilos de vida por meio de ações educativas sobre temas destinados a prevenir e promover saúde. Contudo, como no momento temos um efetivo trabalho em equipe, podemos aperfeiçoar essas questões, superando falhas.

A intervenção já está incorporada as rotinas do serviço, e para isso vamos continuar ampliando o trabalho de conscientização dos usuários, a família e a comunidade na importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Vamos cumprir com as orientações segundo o protocolo para melhorar os indicadores que apresentaram dificuldades e continuar incentivando a estes indivíduos para uma melhoria do estilo de vida.

A equipe pretende dar continuidade às consultas de odontologia no momento que seja finalizada a obra da UBS e continuar trabalhando na implementação das ações desta ação programática com o propósito de continuar melhorando a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita e manter a cobertura dos atendimentos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores

Fazendo uma análise da melhoria da Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, incluindo Saúde Bucal, na UBS Jonas Alexandrino Escorcio do município Buriti dos Lopes, a equipe de saúde trabalhou em conjunto na intervenção em nossa área de abrangência por um período de 12 semanas: de 27 de abril até 18 de julho 2015. A cobertura às pessoas com hipertensão e ou diabetes antes da intervenção ficava de maneira desfavorável, encontrando-se condições inadequadas da UBS, a mesma com projeto de edificação, equipe atuando sem seguimentos de protocolos adequadamente, não cadastramentos adequados dos usuários hipertensos e diabéticos onde a cobertura destes usuários era muito baixa, os registros e prontuários desatualizados com ausências de arquivos. Com a realização do curso de especialização permitiu aprofundar conhecimentos acerca da ESF, estudar os protocolos oferecendo atendimento integral e com mais qualidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças muito frequentes no mundo e no Brasil, que constituem um grave problema de saúde, econômico e social, pois ocasionam alto número de mortes, com elevado custo do tratamento das doenças e suas complicações, e impacto na vida dos doentes, a família, amigos e comunidade.

A intervenção fez parte dos requisitos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e só foi possível este trabalho devido à participação da equipe, da gestão e da comunidade.

Os profissionais de saúde devem, então, identificar comportamento de risco, fazer o diagnóstico precoce e indicar o tratamento oportuno, implementando estratégias de controle através da adoção de medidas que promovam saúde para prevenir ou retardar o aparecimento dessas doenças.

Com base nessa concepção, o projeto de intervenção de melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes foi executado num período de 12 semanas com o envolvimento da equipe, que contou com a participação da comunidade e o apoio do gestor e gerentes da saúde e prefeitura. Temos cadastrados 200 usuários com hipertensão e 77 com diabetes, e o rastreamento permitiu a identificação de casos novos de diabetes que não estavam cadastrados. Num período tão curto, de apenas três meses, a equipe acompanhou 62,1% (n=200) dos usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS. Em relação aos diabéticos, a equipe da UBS acompanhou 77 pessoas com esta doença residentes na área da UBS, a cobertura do programa aumentou progressivamente e ao final, 97,5% dos diabéticos foram cadastrados. O resultado alcançado foi possível graças a um efetivo trabalho em equipe com a constante busca de usuários pelos ACS e pelo trabalho desenvolvido por todos os membros vinculados com a comunidade.

O desempenho obtido com a ação programática revela a qualidade da atenção prestada pela equipe, que foram capacitados para o uso e aplicação das diretrizes do protocolo de atendimento. O serviço conseguiu realizar o exame clínico apropriado em 100% (n=200) dos hipertensos 100% (n=77) dos diabéticos, e algumas condições materiais contribuíram com esse resultado, como a garantia de recursos materiais para a adequada verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos), aferição da glicemia capilar (fitas de hemoglicoteste) e medição da circunferência abdominal e braquial (fita métrica). O trabalho em equipe permitiu que 100% (n=200) dos hipertensos e 100% (n= 77) dos diabéticos apresentassem a realização de exames complementares em dia. A prescrição de medicamentos da farmácia popular chegou a 100% (n=200) das pessoas acompanhadas com hipertensão e 100% (n=77) das pessoas com diabetes. É importante dizer que todos os casos exigiram o uso da medicação, mas também conseguem fazer o controle da enfermidade com dieta e exercício físico, especialmente no grupo de usuários com somente hipertensão. E 100% dos usuários acompanhados receberam avaliação da necessidade de atendimento

odontológico. Conseguimos mapear 100% dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, e alguns casos encaminhados à cardiologia. A equipe se organizou para fazer a busca ativa de 100% dos usuários que ainda não estavam sendo cadastrados nas consultas, que teve o trabalho dos ACS como essencial, mantendo o preenchimento efetivo e atualizado dos registros. Entre todas as atividades, a equipe também executou ações de educação relacionadas à saúde e ao controle da hipertensão e diabetes, num ciclo de trabalho que garantiu a integralidade da atenção.

As ações previstas no projeto é uma realidade na rotina do serviço, que para a sua continuidade precisa ser fortalecida e ampliada. O trabalho em equipe na atenção integral ao usuário, com o aumento do vínculo com a comunidade, é uma boa prática de organização da atenção primária à saúde, que facilita para que as partes elaborem com responsabilidades nos cuidados de saúde.

A Equipe gostaria de agradecer aos gestores, secretaria e coordenadora de saúde pela colaboração e apoio oferecido durante toda a realização da intervenção.

Algumas condições práticas podem ser aperfeiçoadas para que se tenham melhores condições objetivas e materiais para o desenvolvimento das atividades previstas na ação programática. Isso inclui o trabalho da assistência farmacêutica, com previsão planejada de medicamentos e insumos (hemoglicoteste) de acordo com a demanda do serviço, a conclusão da reforma e construção da unidade de saúde da área rural, e a agilidade nos agendamentos para a realização dos exames complementares.

A intervenção concluiu, mas todas as ações da intervenção continuam sendo realizadas e foram incorporadas na rotina de trabalho da UBS em conjunto com o trabalho das outras ações programáticas que já foram implementadas em relação ao protocolo do MS que preconiza cada ação programática.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Entre os meses de Abril e Julho de 2015 foi iniciado na UBS o projeto de intervenção sob a supervisão da especialização na modalidade a distancia em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esse projeto, focado na Atenção à HAS e DM, visa melhorar a qualidade do atendimento destinado a essa parcela da população. A cobertura às pessoas com hipertensão e ou diabetes antes da intervenção ficava de maneira desfavorável, encontrando-se condições inadequadas da UBS, a mesma com projeto de edificação, equipe atuando sem seguimentos de protocolos adequadamente, não cadastramentos adequados dos usuários hipertensos e diabéticos onde a cobertura destes usuários era muito baixas, os registros e prontuários desatualizados com ausências de arquivos. Com a realização do curso de especialização permitiu aprofundar conhecimentos acerca da ESF, estudar os protocolos oferecendo atendimento integral e com mais qualidade.

Com esta intervenção a comunidade ganhou em relação a melhoria dos cuidados com as pessoas que têm pressão alta (hipertensão) e/ou açúcar no sangue (diabetes), que foram obtidos por um conjunto de atividades realizadas pela equipe da Saúde da Família da UBS Jonas Alexandrino Escorcio, na comunidade Barra de Longa, no período de 12 semanas. Também o presente relatório tem como finalidade informar a vocês que pertencem a UBS a intervenção que foi realizada no período de 27 de abril até 18 de julho do ano 2015. Transcorreram 3 meses, e a equipe trabalhou para ampliar a cobertura do Programa de Saúde dos hipertensos e diabéticos.

A equipe da saúde da família da UBS organizou um grupo de ações para ser realizadas na unidade de saúde com o objetivo de intervir na realidade de nossos usuários com hipertensão e/ou diabetes. A equipe acompanhou nesse curto período de tempo uma boa parte de hipertensos cadastrados, sendo 200 usuários, e 77 diabéticos, inclusive identificando pessoas com diabetes que não sabiam que tinham a doença. Começamos o trabalho com o treinamento da chefe de enfermagem, as duas enfermeiras e o odontólogo, o qual representa um 36,3% do total da equipe. Logo nas reuniões da equipe foram feitas capacitações segundo o protocolo com o objetivo de incorporar ao treinamento todos os trabalhadores de saúde da equipe, preparando a unidade de saúde para receber bem todos os usuários acompanhados pelo serviço.

A equipe fez anotações de cada atendimento realizado, e sempre os usuários compareciam à consulta marcada. Logo percebíamos a melhoria, e os ACS faziam visitas na casa dessas pessoas fazendo trabalho preventivo com eles, que vinham sempre na unidade para fazer sua consulta. Em cada atendimento a equipe realizava o exame completo, com a verificação da pressão e do açúcar no sangue, e ainda com o pedido de exames de sangue mais completos para serem realizados no laboratório, identificando as pessoas com maior risco para doenças do coração e “derrame”. E as pessoas com pressão alta e/ou quantidade alta de açúcar no sangue receberam principalmente a prescrição de medicamentos da farmácia popular, além disso, também fizemos o controle dessas doenças com orientações sobre alimentação saudável com pouco sal e sem doces, e exercício físico. Conseguimos avaliação da saúde da boca de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados de nossa área de abrangência.

A comunidade ganhou muito com a intervenção já que o trabalho realizado foi muito importante, pois se conseguiu que a população melhorasse os conhecimentos sobre essas doenças, aumentando a chance de cada usuário controlar melhor a doença e cuidar de sua saúde. A equipe está unida e interessada em seguir com a realização das atividades. Portanto, esse trabalho segue sendo realizado no dia a dia da unidade de saúde, e vamos fortalecer cada vez mais as atividades educativas para aumentar ainda mais a saúde da população. A educação em saúde continuará a ser realizada durante as consultas e nos grupos de hipertensos e diabéticos com a participação mais intensa dos moradores. Os participantes notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças de alguns

hábitos e demonstram satisfação pela priorização no atendimento e pela garantia dos serviços. A participação da comunidade reforça a aliança com a equipe, desenvolvendo um ótimo trabalho que tende a melhorar a saúde da população e dar continuidade a esse projeto, pois já é uma realidade as mudanças positivas que trouxe ao nosso serviço.

A equipe gostaria de agradecer a comunidade toda pelo apoio em todas as atividades que foram feitas, também aos líderes comunitários que contribuíram com a união da equipe e a comunidade durante toda a realização do Projeto da Intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim foi um desafio desde o primeiro momento saber que tinha que fazer uma especialização à distancia, pois é a primeira experiência como profissional assim como ter que estudar e compreender o Projeto Pedagógico pelo qual rege o Curso de Especialização em Saúde da Família. Com o tempo eu fui capaz de engrandecer-me ante os obstáculos. Primeiro o idioma, o qual eu foi superando no decorrer do tempo, com ganho de habilidades na realização das tarefas. Foi necessário para o desenvolvimento do curso, estudar os protocolos de atuação no Brasil e sentir em todo momento, em cada duvida, em cada semana, a presença e ajuda da orientadora para levar em prática todos os objetivos da intervenção, e realmente não pensei que pudesse cumprir com todas as atividades.

A especialização me permitiu aprofundar os conhecimentos acerca da ESF, estudar os protocolos de ações programáticas de grupos priorizados, podendo colocar em prática as ações que preconiza o MS do Brasil, principalmente no Programa em Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, oferecendo atendimento integral e com mais qualidade.

No momento que o projeto de intervenção estava pronto foi discutido e aceito por toda a equipe, conseguindo trabalhar e melhorar na ação programática em saúde a estes usuários, e deu certo, principalmente pelo trabalho em conjunto de todos os profissionais.

A equipe toda trabalhou muito no cumprimento de todas as atividades em relação ao cronograma de intervenção onde os atendimentos destes usuários em nossa UBS sofreu uma mudança total. Percebemos a importância de melhorar a qualidade de vida deles em nossa área de abrangência, buscando também diminuir os riscos de doenças cardiovasculares, e sentir o orgulho e a satisfação destes

usuários e suas famílias ao entender a importância de acompanhamento nas consultas e receber atendimentos de qualidade, profissionalismo e amor. Realmente o trabalho foi muito importante para minha superação como profissional da saúde, não somente para a escolha de meu trabalho do curso, como também para outros indicadores importantes no trabalho da atenção de saúde, como atenção a crianças, grávidas e ações programáticas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

anexo-3 planilha de coleta de dados(4) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Calibri 11

Quebrar Texto Automaticamente

Colar

Fonte

Alinhamento

Número

Formatação Condicional

Formatar como Tabela

Estilos de Célula

Inserir

Excluir

Formatar

Células

AutoSoma

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

A4

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Fotografia
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														

Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

71%

